



Réseau local d'intégration des services de santé

Des collectivités compatissantes, des gens en meilleure santé

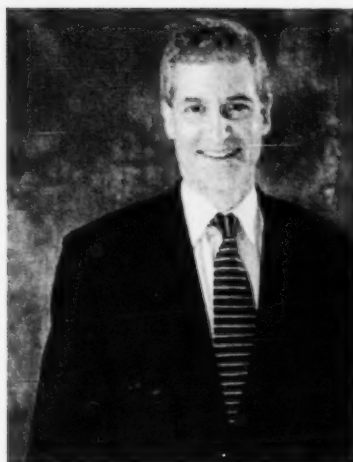
Rapport annuel 2006-2007 – RLISS *du Centre*





La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, adoptée en mai 2006, fournit le cadre nécessaire à l'établissement d'un système de santé intégré qui améliore la santé des Ontariennes et des Ontariens en facilitant l'accès à des services de soins de santé de haute qualité, en mettant en place des services de soins de santé coordonnés et en gérant efficacement le système de soins de santé au niveau local par le biais des Réseaux locaux d'intégration des services de santé. Les RLIS sont chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé dispensés par les fournisseurs de soins de santé (hôpitaux, maisons de soins de longue durée, organismes de services de soutien communautaire, centres de santé communautaire, centres d'accès aux soins communautaires et organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie) dans leurs régions géographiques.

## Message du président du conseil et du directeur général



### Jeter les bases d'un changement rapide

L'élaboration de notre Plan de services de santé intégrés a été effectuée durant une année d'expansion et d'engagement. Durant l'année, nos travaux ont essentiellement porté sur la création des capacités nécessaires à l'exécution de notre mandat, à savoir planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé.

Pour commencer, nous sommes allés au contact des divers groupes de fournisseurs de services de santé et du public pour bâtir une base de connaissances. Nous avons parlé à des centaines de personnes afin de mieux comprendre les besoins de santé de notre région et avons établi nos principes directeurs en fonction des renseignements recueillis.

Nous avons écouté des personnes de tout âge, représentant des religions, des communautés ethnoculturelles et des antécédents socioéconomiques différents. Nous avons parlé à des médecins de part et d'autre de notre région car, bien qu'ils ne relèvent pas directement de notre mandat, nous les considérons comme des catalyseurs de l'intégration du système de santé local. Nous

avons également rencontré des syndicats pour mieux comprendre l'impact des questions de travail sur le système. Enfin, nous avons rencontré des représentants de chacun de nos fournisseurs de services de santé et des quelque 140 programmes qu'ils dispensent aux termes du mandat du RLIS.

Les centaines d'entretiens et les milliers d'idées et de renseignements recueillis ont constitué la charpente de notre plan. Parce que nous voulions créer un plan robuste, durable et crédible, nous avons invité la collectivité à commenter notre ébauche pour nous assurer que notre plan reflète ses perspectives et ses besoins.

Ce processus exhaustif de collecte des connaissances nous a beaucoup appris sur nos collectivités. Il nous a notamment aidés à cerner les sept priorités de planification sur lesquelles il fallait mettre l'accent pour satisfaire aux besoins de nos résidents.

La publication de notre premier Plan de services de santé intégrés, en octobre, est un pas important vers la réalisation d'un système de santé plus intégré; notre plan est un processus plutôt qu'un produit. Durant la période de mise en œuvre et de remaniement de notre

plan, nous continuerons d'engager nos collectivités et d'adapter celui-ci aux besoins d'un système de santé local en pleine évolution. C'est une maison construite sur un vaste terrain offrant des possibilités de croissance et un vaste horizon.

Depuis la publication de notre Plan de services de santé intégrés, nous nous sommes attachés à solidifier nos assises. Pour ce faire, avons créé des réseaux consultatifs composés d'un vaste éventail d'intervenants qui traiteront chacune des sept priorités de planification. La majorité de ces réseaux ont créé des groupes de travail pour favoriser encore davantage la participation communautaire.

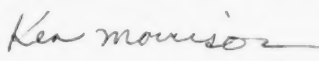
Au moment où l'année tirait à la fin, nous nous sommes préparés à assumer la planification, la coordination, le financement et l'intégration des services de santé dans notre région. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a dévolu ces fonctions aux RLISS le 1<sup>er</sup> avril 2007. Nous avons entrepris des préparatifs importants pour assurer la réussite de la prochaine année et bien positionner le RLISS du Centre pour la mise en œuvre formelle et officielle du Plan de services de santé intégrés.

Notre première année complète d'activité a été marquée par plusieurs accomplissements de haut niveau :

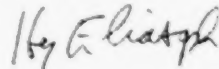
- Nous avons engagé nos intervenants et nos collectivités dans un dialogue continu, interactif à propos des besoins du système de santé local par le truchement d'une série de consultations communautaires, de tables rondes et de journées d'accueil. Ce dialogue nous a permis de formuler notre plan en réponse aux besoins locaux.

- Nous avons facilité la réflexion concertée : durant l'année qui vient de s'écouler, nous avons constaté l'abandon graduel d'une réflexion centrée sur l'organisme en faveur d'une réflexion systémique. Les fournisseurs pensent différemment et travaillent ensemble à la planification d'un système de santé local.
- Nous sommes passés de la discussion à l'action : des groupes consultatifs nouvellement créés ont entamé un processus de planification concertée visant l'atteinte de buts et d'objectifs systémiques axés sur la réalisation du plan. Mentionnons, par exemple, le salon de l'emploi en ressources humaines en santé et la collaboration entre les hôpitaux et le secteur communautaire pour améliorer les temps d'attente.
- Nous avons créé un organisme : nous avons établi l'infrastructure – bureau, personnel, procédures, ressources – nécessaire à notre première année d'activité.

Avec l'aide de nombreuses personnes, nous avons établi des bases solides et nos plans pourront aller de l'avant l'année prochaine et au-delà. Outre les intervenants et les collectivités qui nous ont aidés à jeter ces bases, nous tenons à reconnaître et à remercier au nom des membres du conseil d'administration du RLISS du Centre notre personnel et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.



Ken Morrison  
Président du conseil,  
RLISS du Centre



Hy Eliasoph  
Directeur général,  
RLISS du Centre

## Conseil D'administration

### Kenneth A. Morrison, président du conseil



Mandat : du 2 juin 2005  
au 1<sup>er</sup> juin 2008

Lieu : Newmarket

Comités et groupes de travail :

- Dirigeant du RLISS
- Soins au terme de la vie
- Conseils de gouvernance
- Groupe des présidents de conseil des RLISS

Ken Morrison est président de R.V. Anderson Associates Limited, un cabinet d'experts-conseils qui offre des services professionnels dans le domaine du génie, de l'exploitation et de la gestion. M. Morrison a une longue et productive association avec l'Hôpital général de North York. Il fait partie du conseil d'administration de la Fondation de l'hôpital depuis 1991, il a été président du comité des dons par anticipation, puis trésorier et président du comité des finances. En 1994, il s'est joint au conseil d'administration de cet hôpital dont il a été vice-président de 1996 à 2000, avant d'être élu président en 2000 pour un mandat de cinq ans.

### Arthur Walker, FGA ancien président du conseil



Mandat : du 2 juin 2005  
au 1<sup>er</sup> juin 2008

Lieu : Bradford

Comités et groupe de travail :

- Ententes de responsabilisation
- Transfert des connaissances
- Cadre de rendement
- Carte de pointage locale
- Carte de pointage du RLISS du Centre/PSSI
- Financement – cadre décisionnel pour l'investissement stratégique

Arthur Walker possède une vaste expérience de la gouvernance dans le domaine de la santé en Ontario. Il est ancien administrateur et trésorier de

l'Hôpital général de Brantford, ancien administrateur et président du conseil de l'Hôpital général de North York de Toronto et ancien président du conseil d'administration de la fondation de ce même hôpital. Avant d'être nommé vice-président du conseil du RLISS du Centre, il siégeait au conseil d'administration du Southlake Regional Health Centre et du Southlake Retirement Village à Newmarket, Ontario. M. Walker a une longue expérience à titre de président du conseil d'administration, de chef de la direction et d'administrateur de nombreuses sociétés publiques et privées. À l'heure actuelle, il préside le conseil d'administration de Calyx Transportation Group Inc. et de Creditz Inc. et siège au conseil d'administration de CEO America Inc. et de CEO UK Inc.

### Sandy Keshen, secrétaire du conseil



Mandat : du 2 juin 2005  
au 1<sup>er</sup> juin 2008

Lieu : Richmond Hill

Comités et groupes de travail :

- Soins de longue durée (y compris temps d'attente et autres niveaux de soins)
- Santé mentale et toxicomanies
- Services neurologiques
- Ressources humaines en santé
- Diversité et inclusivité
- Autochtones

Sandy Keshen est présidente-directrice générale de Reena, une organisation de services sociaux qui aide les personnes ayant une incapacité mentale et leurs familles à s'intégrer à la collectivité. M<sup>me</sup> Keshen est coprésidente de l'Ontario Partnership on Aging and Developmental Disabilities. Elle a été présidente du Metro Agencies Representative Council et de l'Ontario Association on Developmental Disabilities. M<sup>me</sup> Keshen a également siégé au conseil d'administration de l'Hôpital psychiatrique de Whitby et été membre du Vaughan Hospital Task Force.

## Colin Benjamin



Mandat : du 5 janvier 2006  
au 4 janvier 2008

Lieu : North York

Comités et groupes de travail :

- Aînés et services gériatriques spécialisés
- Soins de longue durée (y compris temps d'attente et autres niveaux de soins)
- Accès et coordination
- Qualité

Colin Benjamin est actuellement président du conseil d'administration de CareWatch Toronto, organisme bénévole voué à l'excellence des soins communautaires de longue durée. Avant de prendre sa retraite, il a été vice-président adjoint de l'administration de la recherche pour le Réseau universitaire de santé. Il détient une maîtrise en administration des services de santé de l'université de King's College/Canadian School of Management. M. Benjamin est membre du Collège canadien des directeurs de services de santé et de la Society of Research Administrators. Il a siégé au bureau de santé de la ville de North York et au conseil d'administration du Centre d'accès aux soins communautaires de North York. Il est lauréat d'un WHO Fellowship de l'Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, du prix du rédacteur en chef du Journal of Histotechnology et du prix d'excellence parrainé par Surgipath Canada.

## Anne Marie Dalimonte



Mandat : du 5 janvier 2006  
au 4 janvier 2008

Lieu : Woodbridge

Comités et groupes de travail :

- Santé mentale et toxicomanies

Anne Marie Dalimonte a été vice-présidente d'une chaîne d'aliments au détail pendant 17 ans. Au cours des onze dernières années, elle a été directrice générale d'un centre de services de garde sans but lucratif desservant plus de 500 familles. M<sup>me</sup> Dalimonte a siégé à plusieurs organismes communautaires; elle a été, notamment, présidente d'une association parents-maîtres, vice-présidente d'un club de patinage artistique et membre du

groupe de contribuables de sa localité. Diplômée en commerce, elle a figuré parmi les 25 représentants canadiens qui ont assisté au Congrès d'étude du Commonwealth du duc d'Édimbourg, en 1992.

## Monique Moreau



Mandat : du 5 janvier 2006  
au 4 février 2010

Lieu : Everett

Comités et groupes de travail :

- Médecins de famille

Monique Moreau exerce la médecine familiale à Alliston depuis 1997. Elle est aussi coroner, examinatrice pour le Collège des médecins de famille du Canada et experte pour le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Elle a auparavant enseigné la médecine familiale à l'Université de Toronto et agi en qualité de préceptrice pour les stagiaires paramédicaux. La D<sup>re</sup> Moreau a été membre du conseil d'administration de l'Hôpital Stevenson Memorial de 2003 à 2006 et elle siège aux conseils de la Maison de transition St. Michael à Toronto et de la Résidence communautaire Lynne Ferguson Inc. au Nouveau-Brunswick.

## Raksha Bhayana



Mandat : du 17 mai 2006  
au 16 mai 2008

Lieu : Thornhill

Comités et groupes de travail :

- Diversité et inclusivité
- Aînés et services gériatriques spécialisés
- Communications
- Autochtones

Raksha Bhayana est directrice de Bhayana Management et responsable de la gestion des portefeuilles d'investissement de sociétés affiliées. Elle a précédemment été directrice de l'expansion des affaires et des systèmes d'information chez Inscape, directrice des services professionnels de la Family Service Association of Toronto et a occupé différents postes au Dellcrest Children's Centre, y compris celui de directrice de la clinique de l'enfant et de la famille. M<sup>me</sup> Bhayana siège présentement au conseil d'administration de l'organisme Centraide du grand



Toronto. Elle a aussi siégé en tant que membre de la communauté au comité des opérations de l'Hôpital central de York, au comité directeur de Toronto pour les Centres de développement de la petite enfance de l'Ontario et aux conseils d'administration de la Family Service Association, du centre Surrey Place et de l'Association des travailleuses et des travailleurs sociaux de l'Ontario. Elle possède une maîtrise en service social de l'Université de Delhi (en Inde).

### Eugene Cawthray



Mandat : du 17 mai 2006  
au 16 juin 2007

Lieu : King City

Comités et groupes de travail :

- Services neurologiques
- Gestion de l'information/  
Technologie de  
l'information/cybersanté
- Vérification (président)

Eugene Cawthray est président de Cawthray and Associates Inc., offrant aux sociétés des conseils sur leurs stratégies d'expansion des affaires. Il est présentement consultant auprès de EDS Canada, une société de gestion de l'information et d'impartition. Auparavant, il a agi en qualité de conseiller spécial sur la transformation de l'approvisionnement au gouvernement fédéral à Ottawa. M. Cawthray a également occupé des postes de direction chez IBM Canada Ltd., Enlogix Inc. and INTRIA Corp. Il a siégé aux conseils d'administration de l'Hôpital central de York et de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) de l'Ontario, assumant les fonctions de président au cours des deux dernières années. À l'heure actuelle, il siège au comité consultatif des pensions de l'INCA.

### Elaine Walsh



Mandat : du 17 juin 2006  
au 16 juin 2007

Lieu : Unionville

Comités et groupes de travail

- Maladies chroniques
- Ressources humaines en santé
- Groupe consultatif des  
médecins de famille

Elaine Walsh a occupé plusieurs postes à l'Hôpital de Scarborough de 1999 à 2005, y compris ceux de directrice adjointe du service de médecine familiale et des services communautaires, de directrice des programmes pour diabétiques ambulatoires et hospitalisés, de directrice de la prévention des maladies et de la promotion de la santé et de directrice de l'information des patients. Elle a précédemment travaillé pour le service de santé de la région de York en tant que responsable du programme de la santé des adolescents et du programme de santé scolaire. Elle a en outre travaillé à l'Hôpital Scarborough Grace en tant que directrice du centre de bien-être de la famille, et au Conseil régional de santé de York en tant que planificatrice des services de santé. M<sup>me</sup> Walsh a siégé à divers comités et conseils, y compris au Programme canadien de nutrition prénatale, au comité consultatif du programme de Scarborough, au groupe d'action de lutte contre la pauvreté de la région de York et aux services de lutte contre la toxicomanie de la région de York. Elle a aussi été fondatrice bénévole de l'hospice de Markham Stouffville. Elle possède un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université McGill et une maîtrise en éducation de l'Université de Toronto. Elle est membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

### Rémunération annuelle du conseil

La rémunération annuelle totale des membres du conseil d'administration pour l'exercice 2006-2007 s'est élevée à 110 935 \$.


### Conflits d'intérêts

Le commissaire aux conflits d'intérêts a fourni au RLISS la déclaration suivante :

*« Les neuf administrateurs du RLISS du Centre ont rencontré un commissaire aux conflits d'intérêts en 2006-2007 et ont rempli leurs déclarations. Le commissaire leur a donné des avis conformément à la politique sur les conflits d'intérêts du RLISS. »*



## Notre Population



L'établissement des questions prioritaires aux fins de financement et d'allocation des ressources a reposé sur des données sur la géographie, la population, l'état de santé et les services de santé dans la région du RLISS du Centre. Dans le cadre de l'élaboration de notre Plan de services de santé intégrés, nous avons effectué une analyse du contexte exhaustive pour comprendre notre population et ses besoins.

### Données géographiques

Le RLISS du Centre englobe la partie nord de la ville de Toronto, la majorité de la région de York et la partie sud du comté de Simcoe. Plus de 1,6 million de personnes vivent à l'intérieur des limites du RLISS et ce dernier est le plus densément peuplé de la province. La majeure partie de la population réside dans la partie nord de Toronto et la partie sud de York, tandis que les régions du nord ont conservé un caractère fortement rural. Cette diversité géographique présente des possibilités et des enjeux pour la planification et la prestation des services de santé.

La région du RLISS du Centre est une des plus dynamiques de la province. Elle a affiché un taux de croissance annuel de 3,3 % au cours de la dernière décennie. Cela signifie que, en moyenne, au cours des dix dernières années, 106 nouveaux individus se sont ajoutés à la population

chaque jour, soit par naissance ou par immigration. Au cours des dix prochaines années, la population du RLISS du Centre continuera d'augmenter et de vieillir.

Le RLISS du Centre affiche la proportion la plus élevée d'immigrants de la province, près de deux fois plus de minorités visibles que la moyenne provinciale et une proportion plus élevée de personnes ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Il compte une proportion relativement faible d'Autochtones/Premières nations et de francophones. La partie nord de Toronto, Markham et Vaughan sont les régions les plus aptes à avoir de la difficulté à dispenser des services appropriés à la culture et à la langue de leurs différentes communautés.

### Profil de l'état de santé de la population

En général, les résidents du RLISS du Centre affichent un grand nombre de caractéristiques qui reflètent un état de santé favorable. Le nombre de personnes qui fument beaucoup, s'adonnent à une consommation massive d'alcool, affichent un surplus de poids et vivent beaucoup de stress quotidien est inférieur à la moyenne provinciale. De plus, la prévalence de certaines maladies chroniques, telles arthrite, hypertension, asthme, maladie du cœur et diabète, est inférieure à la moyenne provinciale.

*« Le RLISS du Centre affiche la proportion la plus élevée d'immigrants de la province. »*

Bien que l'état de santé de la population du RLISS du Centre soit relativement bon, le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et une évolution correspondante des besoins de services. Par ailleurs, la croissance démographique occasionnera une augmentation des

besoins et il faudra sans doute élargir les services en conséquence. Les pratiques de santé saines de la population entraînent une meilleure espérance de vie et des taux d'hospitalisation et de mortalité



moins élevés qu'ailleurs dans la province. Les taux de décès et d'hospitalisation d'une collectivité sont très influencés par la structure par âge et par sexe de sa population. Les taux d'hospitalisation et de décès du RLISS du Centre, qui sont beaucoup plus faibles que ceux de la province, sont attribuables à la population plus jeune de la région.

## Services de santé

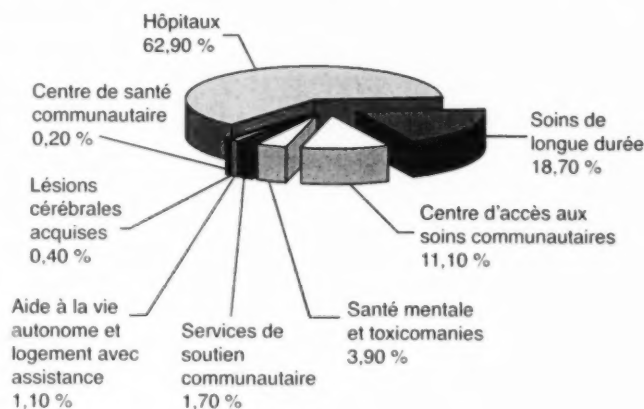
Dans le RLISS du Centre, 148 programmes de santé ont reçu un financement du ministère durant l'exercice 2006-2007 et relèvent du mandat du RLISS. Les programmes de santé incluent dix hôpitaux (trois privés), 47 maisons de soins de longue durée, 29 services de soutien communautaire, un centre de santé communautaire (et un en voie d'aménagement), un Centre d'accès aux soins communautaires, trois programmes pour les patients ayant des lésions cérébrales acquises, 27 programmes de santé mentale, sept programmes de prévention de la toxicomanie, cinq programmes de logement supervisé pour les personnes avec facultés mentales affaiblies, un programme de lutte contre le jeu compulsif, cinq programmes de services ambulatoires rémunérés à l'acte et 12 services d'aide à la vie autonome en logement avec services de soutien. On compte également un nombre important de services financés par le ministère ne relevant pas du mandat du RLISS du Centre, notamment la majorité des services offerts par les médecins, les prestations pharmaceutiques, les établissements de santé autonomes, les laboratoires, les services ambulanciers et la santé publique.

On constate une forte interdépendance entre le RLISS du Centre et les autres RLISS : d'un côté, le RLISS du Centre dessert une proportion élevée de patients qui résident à l'extérieur de ses limites; d'un autre côté, une proportion élevée de résidents du RLISS du Centre reçoivent des soins à l'extérieur du RLISS. On prévoit que, avec le temps, la planification inter-RLISS améliorera la concordance entre la prestation des services de santé et les besoins de santé de la population.

## Problèmes de santé des Autochtones

La société canadienne a tendance à considérer les Autochtones comme un groupe homogène. Or, en réalité, la communauté autochtone est culturellement et linguistiquement diversifiée. Dans le recensement de 2001, environ 4 600 personnes s'identifiaient à un ou plusieurs groupes autochtones dans la région du RLISS du Centre. Ce sont, notamment : les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis, les Inuits et/ou les personnes qui se disaient membres d'une bande indienne ou d'une Première nation.

**Financement et affectation pour l'exercice 2006-2007**



Les peuples autochtones ont les taux de pauvreté et de mauvaise santé les plus élevés au Canada. Leurs indicateurs de réussite scolaire sont plus faibles, tandis que leur taux de chômage est presque deux fois plus élevé que celui des non-autochtones ontariens. La prévalence de maladies chroniques auto-déclarées est plus élevée que dans la population en général pour tous les groupes d'âge et les deux sexes, la prévalence du diabète normalisée selon l'âge parmi les Autochtones étant environ trois fois plus élevée que dans la population en général. On estime que l'espérance de vie à la naissance des Autochtones est inférieure de six ou sept ans à celle de la population en général pour les deux sexes.



## Objectifs et Réalisations

### Rendement

Le RLISS du Centre a d'importantes réalisations à son actif pour le dernier exercice. Durant cette période de croissance et de participation communautaire exhaustive, il a atteint toutes les cibles de rendement énoncées dans son entente de responsabilisation de 2006-2007 avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Durant l'exercice, nous avons doté le RLISS de l'effectif nécessaire à la mise en œuvre de notre Plan de services de santé intégrés.

À noter que la population du RLISS du Centre perçoit une amélioration du système de santé au cours des cinq dernières années. Le sondage sur l'accès aux soins primaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée mené à la fin de l'exercice 2005-2006 a révélé que 58,3 % des répondants du Centre estimaient que le système de services de santé s'était amélioré ou, au minimum, s'était maintenu au même niveau au cours des cinq années

précédentes. Au troisième trimestre de l'exercice 2006-2007, le pourcentage avait légèrement progressé à 61,3 %, ce qui suggère que le nombre de personnes convenant que le système de santé s'améliore augmente graduellement.

Sans aucun doute, il nous reste beaucoup à faire pour maintenir et améliorer les perceptions du public face au système de santé. Nous sommes déterminés à améliorer le système et à continuer d'accroître la confiance du public à son égard.

*« Nous sommes  
déterminés à améliorer  
le système et à  
continuer d'accroître  
la confiance du public  
à son égard. »*

## Temps d'attente

En général, les temps d'attente se sont considérablement améliorés durant l'exercice, notamment dans les secteurs suivants.

### Chirurgie du cancer

Les temps d'attente se sont améliorés de 14 % durant l'exercice, tous les hôpitaux sauf un ayant atteint le point de repère provincial.

### Soins cardiaques

À la fin de l'exercice 2006-2007, le RLISS du Centre se classait troisième parmi les RLISS pour l'angiographie et les temps d'attente étaient bien inférieurs à la cible. Il se classait quatrième pour les pontages, pour lesquels le rythme d'amélioration était un des plus rapides (24 % en 12 mois) et les temps d'attente bien inférieurs à la cible. Pour renforcer cette réussite, le RLISS du Centre a commencé à créer un groupe d'experts en soins cardiaques qui se composera de représentants des hôpitaux, du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario (RSC) et du Centre d'accès aux soins communautaires. Ce groupe sera mandaté pour cerner les problèmes (notamment ceux associés aux temps d'attente) et d'éventuelles solutions et promouvoir la collaboration et les meilleures pratiques.

### Chirurgie de la cataracte

Le rythme de diminution des temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte a été un des plus rapides de la province (baisse de 31 % par rapport à la moyenne de douze mois). Un nouveau centre à gros volume de chirurgie de la cataracte situé à l'Hôpital général de North York a également été créé durant l'exercice. Le centre aide à réduire les temps d'attente en utilisant des salles d'opération spécialisées conçues pour les soins aux personnes ayant des cataractes, en normalisant les plateaux, les instruments et les fournitures chirurgicaux, en formant le personnel dans

un milieu spécialisé et en favorisant les partenariats avec des fournisseurs de soins de santé de différents organismes hôtes.

En fait, tous les hôpitaux de soin aigus du RLISS du Centre (Humber River Regional, North York General, Markham/Stouffville, York Central, Southlake Regional, and Stevenson Memorial) ont entamé un processus de planification axé sur la prestation optimale de soins oculaires complets. Par exemple, un autre centre à gros volume de chirurgie de la cataracte entrera en activité au centre médical exploité par le centre régional de santé Southlake et adjacent au centre. Ce nouveau centre spécifiquement conçu pour les chirurgies de la cataracte et les soins oculaires est en voie de construction. Les deux salles d'opération seront réservées aux chirurgies de la cataracte et des yeux et seront dotées de microscopes installés au plafond, de personnel spécialisé et d'instruments et de fournitures normalisés. Le programme collaborera également avec les fournisseurs de services de santé de l'extérieur de la circonscription hospitalière de l'hôpital et fournira des acheminements par l'entremise d'un numéro central.

## Collaborations

### Initiatives et possibilités communes

Les dirigeants cliniques de la région du RLISS du Centre se sont organisés pour parler d'approches systémiques de prestation de divers services. Une des initiatives qu'ils ont mentionnées au RLISS porte sur les services ophtalmologiques. Les services de soins vasculaires offrent également des perspectives de collaboration.

Les médecins-chefs des hôpitaux du RLISS du Centre ont commencé à se réunir régulièrement pour discuter d'une collaboration clinique commune. Le

groupe a parlé d'une délivrance conjointe de titres et de certificats pour permettre aux médecins de travailler dans d'autres hôpitaux, ce qui les a menés à envisager un éventuel système de service de garde entre les hôpitaux.

## Temps d'attente

Des joueurs clés, notamment les hôpitaux, le CASC du Centre et les maisons de soins de longue durée, se sont penchés sur l'enjeu des patients des ANS (autres niveaux de soins). Le RLISS du Centre favorise un engagement intersectoriel et un résultat concret a été l'élaboration d'un outil sur Internet qui permettra à ces groupes de gérer le placement des patients des ANS dans les maisons de soins de longue durée.

## Participation Communautaire

### But, stratégies et résultats



En février 2006, le RLISS du Centre a finalisé une stratégie de participation des intervenants prévoyant une contribution de ces derniers à la participation elle-même.

Dans le cadre de sa stratégie, le RLISS s'est engagé à continuellement faire participer les intervenants –

*définis comme étant toutes les personnes qui ont été affectées par les activités du RLISS du Centre ou sont en mesure de les affecter.* Ce sont, notamment, les membres du public, les patients et les fournisseurs de services.

La stratégie a pour but de cultiver des relations avec les intervenants et de leur fournir des renseignements équilibrés et objectifs; de recueillir leurs commentaires, de recommander des solutions aux lacunes sur le plan des services et de suggérer des démarches de coordination et d'intégration; et de veiller à ce que les préoccupations soient constamment entendues et prises en compte.

Durant l'exercice 2006-2007, le RLISS du Centre a actualisé la stratégie en tissant, en renforçant et en favorisant les liens avec les intervenants et en encourageant leur participation à tous les aspects de nos activités.

### Plan de services de santé intégrés (PSSI)

Le résultat le plus significatif de nos activités de participation pour le dernier exercice fut l'élaboration et la publication (en octobre 2006) de notre premier Plan de services de santé intégrés (PSSI). Le plan reflète les commentaires diversifiés et exhaustifs, la participation et la contribution de nos intervenants – y compris les nombreux organismes qui dispensent les services de santé dans notre région, les groupes d'intérêt et les associations du secteur de la santé et notre public, notamment usagers, patients, clients et leurs familles et réseaux de soutien.

Le processus d'élaboration du PSSI, qui était axé sur nos objectifs systémiques, à savoir améliorer l'accès, la coordination, la qualité et l'efficacité au sein du système local, a mené à l'établissement de nos sept secteurs prioritaires en matière de services de santé :

1. Services aux personnes âgées et services gériatriques spécialisés

2. Santé mentale et toxicomanie
3. Services neurologiques
4. Prévention et gestion des maladies chroniques
5. Services d'urgence
6. Temps d'attente
7. Services de cancérologie

Notre PSSI est un processus plutôt qu'un produit. Il pose les fondements de l'exploitation de la base de connaissances que nous avons créée l'an dernier et dessine la feuille de route pour l'avenir. Durant l'élaboration du plan et depuis sa publication, le RLISS du Centre a continué d'accroître la participation communautaire.

*« Notre PSSI est un processus plutôt qu'un produit. »*

#### Tables rondes communautaires

Avant d'élaborer le PSSI, le RLISS du Centre a eu recours à divers modes de participation afin de recueillir des commentaires qui mèneraient à l'identification des priorités les plus appropriées aux besoins locaux. Nous avons invité les intervenants à nous rencontrer dans le cadre d'une série de 14 tables rondes communautaires tenues à l'échelle du RLISS en juin 2006.

Les 560 participants aux tables rondes ont assisté à des débats structurés, focalisés sur les secteurs prioritaires proposés pour notre PSSI, animés par le personnel de direction. Durant l'été, une centaine de fournisseurs de services de santé ont participé à des séances de validation durant lesquelles ils ont eu l'occasion de commenter les divers aspects du PSSI provisoire. Nous avons sollicité d'autres commentaires durant l'automne

et les 400 participants aux sept journées d'accueil dans diverses collectivités ont eu la possibilité de commenter le plan provisoire.

#### Mise en œuvre du PSSI

Après avoir soumis le PSSI, au début de l'hiver, la haute direction du RLISS a rencontré l'équipe de gestionnaires supérieurs de chaque organisme de prestation de services de santé du RLISS du Centre pour présenter et expliquer le plan. Vers la fin de 2006, un dialogue ciblé avec la presse locale a mené à une couverture médiatique exhaustive dans les principaux quotidiens locaux du RLISS.

#### Autochtones

Au printemps 2006, le RLISS du Centre a assisté à un salon autochtone de la santé dans l'île Georgina. Environ dix fournisseurs ont présenté des expositions et le RLISS a distribué du matériel et un sondage sur les priorités en cours d'élaboration. Le RLISS a eu l'occasion de réseauter avec les fournisseurs et plus de 50 usagers autochtones du système de santé.

#### Communautés ethnoculturelles

Durant les premiers mois de 2007, le RLISS du Centre a engagé la participation des communautés religieuses et ethnoculturelles du RLISS afin de poursuivre et d'élargir l'action de proximité auprès des membres du public. Quinze séances organisées par le groupe régional des intervenants du RLISS du Centre et les membres du conseil d'administration et réclamées par le public ont attiré près de 900 participants. Elles avaient pour but d'accroître la sensibilisation du public au RLISS et à son PSSI.

#### Médecins de famille

Le RLISS du Centre a fait intervenir les médecins de famille de diverses façons. Bien que les médecins de famille ne relèvent pas du mandat des RLISS, ils sont des intervenants-pivots du système de santé et leurs commentaires ont été et continueront



d'être sollicités. En mars, le groupe consultatif des médecins de famille du RLISS du Centre a organisé un laboratoire d'idées à l'intention de 30 médecins de famille; l'objectif était de recueillir leurs commentaires sur la mise en œuvre des priorités cernées dans le PSSI et de leur donner des renseignements sur les RLISS et ses priorités.

## Syndicats

Notre stratégie de participation des intervenants vise en partie à tisser des liens avec la main d'œuvre et le personnel de première ligne et à écouter leur point de vue. Des séances individuelles et collectives avec les dirigeants syndicats provinciaux ont eu lieu en 2006-2007 et des rencontres avec les dirigeants syndicaux locaux sont prévues pour le prochain exercice.

## Rapprochement avec les communautés

Durant l'exercice, le RLISS du Centre a élargi ses activités de participation pour inclure plus de 25 groupes différents dont il assume la direction. Ce sont, notamment, six réseaux consultatifs sur la planification des priorités qui appuieront les travaux accompli par le RLISS en vue de l'avancement des secteurs de services de santé prioritaires identifiés. La majorité de ces groupes ont créé un ou plusieurs groupes de travail qui traiteront des besoins précis se rapportant à ces priorités.

Ont également été créés quatre groupes consultatifs habilitants dans les secteurs des ressources humaines en santé, la gestion de l'information/la technologie de l'information/lacybersanté, le soutien à la décision et les médecins de famille, de même que d'autres groupes

de planification tels le réseau des soins palliatifs et des soins au terme de la vie et le groupe de travail sur les services de chirurgie vasculaire. De plus, le groupe régional des intervenants a continué d'appuyer nos activités de participation communautaire au besoin. Des centaines de fournisseurs, de membres de la collectivité et d'utilisateurs sont représentés au sein de ces groupes.

Le RLISS du Centre a également participé à de nombreuses activités dirigées par d'autres organismes de la région, lesquelles sont essentielles à la réalisation d'un système de santé homogène et intégré. Mentionnons, à cet égard, la participation à un groupe de travail sur la planification des pandémies.

## Stratégie de communication

Le RLISS du Centre a consulté des milliers de fournisseurs de services de santé et de membres du public dans le cadre de l'élaboration de son premier Plan stratégique et de son Plan de services de santé intégrés. Reconnaissant que la communication est un diffusant essentiel de ses activités, il a créé sa première stratégie de communication afin de faciliter le dialogue avec ses intervenants. La stratégie a été présentée au conseil qui l'a avalisée à la fin de l'exercice. Elle a pour but d'encourager le *partage* d'idées et de renseignements et de stimuler le *soutien* et la *participation* à la mission et à la vision du RLISS du Centre.

Les objectifs, principes et intervenants mentionnés dans la stratégie de communication reflètent la stratégie de participation des intervenants du RLISS du Centre, les deux fonctions essentielles étant, vu leur nature, interreliées.

*États financiers du*

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION  
DES SERVICES DE SANTÉ  
DU CENTRE

*31 mars 2007*

## Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du  
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre

Nous avons vérifié le bilan du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre (le « RLSS ») au 31 mars 2007 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLSS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre au 31 mars 2007 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

*Deloitte & Touche LLP*

Comptables agréés  
Experts-comptables autorisés

Toronto (Ontario)  
Le 3 mai 2007

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Bilan

31 mars 2007

	2007	2006
		(notes 3 et 15)
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>		
Encaisse	311,559 \$	33,376 \$
Débiteurs	232	—
	<b>311,791</b>	<b>33,376</b>
<b>PASSIF</b>		
Créditeurs et charges à payer (note 4)	279,936	—
Montant à verser au ministère de Santé et des Soins de longue durée	428	33,376
Montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS (note 5)	34,917	—
Apports de capital reportés (note 6)	360,436	384,580
	<b>675,717</b>	<b>417,956</b>
<b>DETTE NETTE</b>	<b>(363,926)</b>	<b>(384,580)</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>		
Charges payées d'avance	3,490	—
Immobilisations (note 7)	360,436	384,580
	<b>363,926</b>	<b>384,580</b>
<b>SURPLUS ACCUMULÉ</b>	<b>— \$</b>	<b>— \$</b>

*Ken Morrison*

Administrateur

*Patricia Kelly*

Administrateur

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## État des activités financières

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007		2006			
	Budget	Réel	Réel			
	(non vérifié) (note 8)		(notes 3 et 15)			
PRODUITS						
Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée	3,090,664	\$	3,012,028	\$	195,798	\$
Financement des services de cybersanté (note 10)	32,000		32,000		—	
Financement des services de soins de fin de vie (note 11)	70,000		70,000		—	
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	—		102,780		96,146	
	3,192,664		3,216,808		291,944	
CHARGES						
Frais généraux et administratifs (note 9)	3,090,664		3,114,489		291,944	
Services de cybersanté (note 10)	32,000		31,979		—	
Services de soins de fin de vie (note 11)	70,000		69,912		—	
	3,192,664		3,216,380		291,944	
SURPLUS DE L'EXERCICE AVANT LE FINANCEMENT REMBOURSABLE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE						
	—		428		—	
FINANCEMENT REMBOURSABLE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE						
	—		(428)		—	
SURPLUS DE L'EXERCICE	—		—		—	
SURPLUS ACCUMULÉ AU DÉBUT						
	—		—		—	
SURPLUS ACCUMULÉ À LA FIN	—	\$	—	\$	—	\$



# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

État de la variation de la dette nette

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
		(notes 3 et 15)
SURPLUS DE L'EXERCICE	- \$	- \$
ACQUISITION D'IMMOBILISATIONS CORPORELLES	78,636	480,726
AMORTISSEMENT DES IMMOBILISATIONS CORPORELLES	(102,780)	(96,146)
VARIATION DES AUTRES ACTIFS NON FINANCIERS	3,490	-
(AUGMENTATION) DIMINUTION DE LA DETTE NETTE	(20,654)	384,580
DETTE NETTE AU DÉBUT	384,580	-
DETTE NETTE À LA FIN	363,926 \$	384,580 \$

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
	(notes 3 et 15)	
<b>RENTRÉES (SORTIES) DE FONDS LIÉES AUX ACTIVITÉS SUIVANTES, MONTANT NET :</b>		
<b>EXPLOITATION</b>		
Surplus de l'exercice	- \$	- \$
Moins : éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	102,780	96,146
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	(102,780)	(96,146)
	-	-
<b>UTILISATIONS</b>		
Augmentation des débiteurs	232	-
Diminution du montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée	32,948	-
Augmentation des charges payées d'avance	3,490	-
	36,670	-
<b>SOURCES</b>		
Augmentation des créditeurs	279,936	-
Augmentation du montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée	-	33,376
Augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS	34,917	-
	314,853	33,376
<b>DÉPENSES EN IMMOBILISATIONS</b>		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(78,636)	(480,726)
<b>OPÉRATIONS DE FINANCEMENT</b>		
Augmentation des apports de capital reportés (note 6)	78,636	480,726
<b>AUGMENTATION NETTE DE LA TRÉSORERIE</b>	278,183	33,376
<b>TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	33,376	-
<b>TRÉSORERIE À LA FIN</b>	311,559 \$	33,376 \$

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

### 1. DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

#### *Constitution et statut*

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé (le « RLISS ») du Centre et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées à la fois dans la Loi et dans le protocole d'entente entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »).

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée décrivant les responsabilités du RLISS et les normes de rendement devant être atteintes et maintenues afin d'obtenir du financement de la province.

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2007, les paiements de financement versés aux prestataires seront imputés aux états financiers du RLISS. Ces paiements de transfert seront comptabilisés à titre de produits et de charges dans les états financiers du RLISS à partir de l'exercice se terminant le 31 mars 2008.

#### *Activités du RLISS*

Le RLISS a pour objectifs de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de soins de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les dispenser de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la majeure partie de North York, la région de York et le sud de Simcoe.

### PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, tels qu'ils sont interprétés par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

#### *Méthode de comptabilité*

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. La comptabilité d'exercice consiste à constater les produits dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

### 2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles et la perte de valeur d'actifs.

#### *Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*

Le RLSS est financé uniquement par la province d'Ontario, selon les arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère.

#### *Paiements de transfert gouvernementaux*

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les événements ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

#### *Apports reportés*

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets spécifiques. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Les produits sont conformes à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations connexes comptabilisées.

#### *Immobilisations corporelles*

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon le coût des actifs connexes, ou selon leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

### 2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations corporelles de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé, et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans, amortissement linéaire
Améliorations locatives	Durée du bail, amortissement linéaire
Mobilier et agencements de bureau	5 ans, amortissement linéaire
Développement de l'infrastructure et développement Web	3 ans, amortissement linéaire

L'amortissement des immobilisations corporelles qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est calculé sur un exercice complet.

#### *Utilisation d'estimations*

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

### 3. ADOPTION DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA COMPTABILITÉ DANS LE SECTEUR PUBLIC

Selon les directives du Ministère, avec prise d'effet en 2007, le RLISS a adopté les principes comptables généralement reconnus, en appliquant les normes comptables gouvernementales publiées par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public de l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Les chiffres correspondants compris dans les présents états financiers ont été retraités afin qu'ils soient établis conformément aux normes comptables adoptées pour l'exercice en cours.

À la suite de cette modification, le RLISS a obtenu au cours de l'exercice la juste valeur de marché des apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles au cours de l'exercice précédent et il a choisi d'appliquer cette méthode d'évaluation plus pertinente à ses états financiers. Cette modification a été appliquée sur une base rétroactive, et les résultats de l'exercice précédent ont été retraités, ce qui a entraîné une augmentation de 348 580 \$ des apports de capital reportés, de la dette nette et des immobilisations dans le bilan. Dans l'état des activités financières, l'amortissement des apports de capital reportés a augmenté de 96 146 \$, tout comme les frais généraux et administratifs. Dans l'état de la variation de la dette nette, l'acquisition d'immobilisations corporelles a augmenté de 480 726 \$, l'amortissement des immobilisations corporelles a augmenté de 96 146 \$ et la dette nette à la fin a augmenté de 384 580 \$.



# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

### 4. CRÉDITEURS ET CHARGES À PAYER

Le Ministère a inclus des crédateurs et des charges à payer totalisant 198 166 \$ dans ses livres comptables au nom du RLISS en date du 31 mars 2006. Ces charges sont comprises dans les montants présentés à la note 9 relativement à l'exercice précédent.

### 5. OPERATIONS ENTRE APPARENTÉS

Le Bureau des services partagés du RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre assujettie aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable de la prestation de services à tous les RLISS au nom de ceux-ci. Le coût entier lié à la prestation de ces services est facturé également à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues par la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

### 6. APPORTS DE CAPITAL REPORTES

	2007	2006
Solde au début	384,580 \$	– \$
Apports de capital au cours de l'exercice	78,636	480,726
Amortissement pour l'exercice	(102,780)	(96,146)
	360,436 \$	384,580 \$

### 7. IMMOBILISATIONS

	2007			2006	
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette	
Mobilier et agencements de bureau	166,884 \$	61,666 \$	105,218 \$	113,154	\$
Matériel informatique	4,637	1,546	3,091	–	
Améliorations locatives	373,303	135,714	237,589	271,426	
Développement de l'infrastructure et développement Web	14,538	–	14,538	–	
	559,362 \$	\$198,926 \$	360,436 \$	384,580	\$

### 8. CHIFFRES DU BUDGET

Le budget total de 3 090 664 \$ a été approuvé par le Ministère. Les chiffres ont été présentés pour que les présents états financiers soient conformes aux principes de communication d'information du CCSP.

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

### 9. FRAIS GÉNÉRAUX ET ADMINISTRATIFS

Certaines charges d'exploitation ne figurant pas dans l'état des activités financières pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 ont été approuvées et payées par le Ministère au nom du RLISS. Ces montants n'ont pas été inclus dans les activités financières du RLISS mais ils sont présentés ci-dessous à titre indicatif. Ces charges s'établissent comme suit :

Salaires et charges sociales	139,938	\$
Frais d'hébergement et charges locatives	1,128,209	
Services communs	42,126	
Technologies de l'information	100,609	
Autre charges	388,803	
	<b>1,799,685</b>	<b>\$</b>

L'ensemble de l'information financière relative au premier trimestre de 2007 a été traité par le Ministère au nom du RLISS. Contrairement à ce qui prévalait pour l'exercice 2006, ces montants sont classés à titre de charges directes du RLISS et sont inclus à titre d'activités financières du RLISS dans l'état des activités financières.

Dans le cadre de cette opération, les montants au titre des charges des exercices précédents totalisant 78 535 \$ n'ont pas été comptabilisés. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007, ces montants ont été inclus à l'état des activités financières du RLISS.

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	<b>2007</b>		<b>2006</b>	
Salaires et charges sociales	<b>1,415,446</b>	<b>\$</b>	192,496	<b>\$</b>
Charges locatives	<b>124,540</b>		—	
Amortissement	<b>102,780</b>		96,146	
Services partagés	<b>294,071</b>		—	
Relations publiques	<b>269,329</b>		—	
Services-conseil	<b>608,219</b>		—	
Fournitures	<b>58,036</b>		298	
Dépenses des membres du conseil	<b>123,828</b>		—	
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	<b>32,489</b>		—	
Autres	<b>85,751</b>		3,004	
	<b>3,114,489</b>	<b>\$</b>	<b>291,944</b>	<b>\$</b>

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

### 10. SERVICES DE CYBERSANTÉ

Le RLISS a reçu un financement de 32 000 \$ relativement au projet lié aux services de cybersanté. Alors que l'état des activités financières présente toutes les charges par projet, le tableau suivant présente ces mêmes charges liées aux services de cybersanté par objet :

	2007	2006
Services-conseils	25,750 \$	- \$
Fournitures	1,062	-
Autres	5,167	-
	31,979 \$	- \$

### 11. SERVICES DE SOINS DE FIN DE VIE

Le RLISS a reçu un financement de 70 000 \$ relativement au projet lié aux soins de fin de vie. Alors que l'état des activités financières présente toutes les charges par projet, le tableau suivant présente les charges se rapportant au projet lié aux services de soins de fin de vie par objet :

	2007	2006
Services-conseils	60,303 \$	- \$
Fournitures	5,032	-
Autres	4,577	-
	69,912 \$	- \$

### 12. CONTRIBUTIONS DE PRESTATIONS DE SOINS

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 14 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui indique le montant des avantages de retraite devant être reçus par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 74 254 \$ pour l'exercice 2007 (14 597 \$ en 2006) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

### 13. DANNIERS

Le RLISS est assujéti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnité fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

# RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE

## Notes complémentaires

31 mars 2007

---

### 14. ENGAGEMENTS

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation se rapportant à des locaux et à du matériel. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

2008	177,429	\$
2009	182,310	
2010	182,754	
2011	182,754	
2012 et par la suite	15,230	
	<u>740,477</u>	<u>\$</u>

### 15. CHIFFRES CORRESPONDANTS DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Les chiffres présentés pour l'exercice précédent couvrent la période allant de la date de constitution, soit le 2 juin 2005, au 31 mars 2006.

Au cours de l'exercice 2007, le RLISS a reçu du Ministère des instructions figurant dans son protocole d'entente l'enjoignant de suivre les méthodes de comptabilité du CCSP. La présentation des états financiers a, par conséquent, été modifiée afin d'être conforme à celle du CCSP.

*Central*  
**LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK**  
**RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ**  
*du Centre*

## Pour nous joindre

### Téléphone :

905 948-1872  
1 866 392-5446 (sans frais)

### Télécopieur :

905 948-8011

### Adresse :

140, Allstate Parkway, bureau 210  
Markham, ON L3R 5Y8

### Adresse de courriel :

[central@lhins.on.ca](mailto:central@lhins.on.ca)

### Site Web :

[www.centrallhin.on.ca](http://www.centrallhin.on.ca)  
[www.lhins.on.ca](http://www.lhins.on.ca)

### Personnes-ressources du RLISS du Centre

Ken Morrison, président du conseil  
[ken.morrison@lhins.on.ca](mailto:ken.morrison@lhins.on.ca)  
905 948-1872, poste 208

Hy Eliasoph, directeur général  
[hy.eliasoph@lhins.on.ca](mailto:hy.eliasoph@lhins.on.ca)  
905 948-1872, poste 210

Paul Barker, directeur principal du rendement, des contrats et des affectations  
[paul.barker@lhins.on.ca](mailto:paul.barker@lhins.on.ca)  
905 948-1872, poste 216

Anna Themelis, adjointe exécutive du directeur général  
[anna.themelis@lhins.on.ca](mailto:anna.themelis@lhins.on.ca)  
905 948-1872, poste 203